

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° 400

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maxime LEBRUN

Né le 24 Juin 1889, à Bourges
Interne des Hôpitaux de Paris

LES ABCÈS FROIDS
DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ
ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. LECÈNE, Professeur

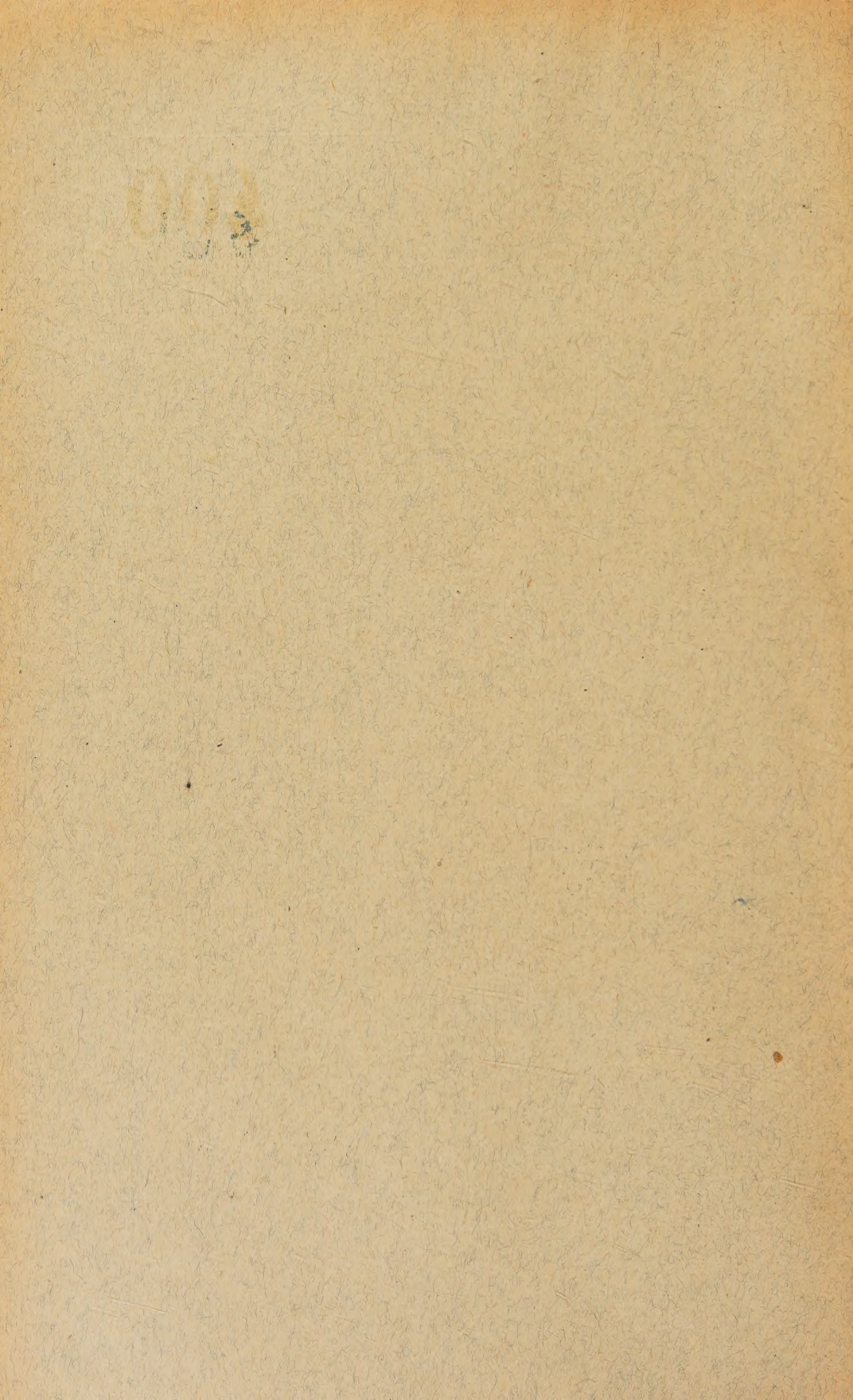
PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921



400

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maxime LEBRUN

Né le 24 Juin 1889, à Bourges
Interne des Hôpitaux de Paris



LES ABCÈS FROIDS
DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ
ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

7, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RÉNON.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	DUPRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies contagieuses	DELBET.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile	J. L. FAURE.
Clinique thérapeutique	Aug. BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	VAQUEZ.
	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTERRER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIER	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBÉ HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommage.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A qui je dois la plupart des matériaux de ce travail.

Faible témoignage de respectueuse affection et de profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES^e DANS LES HOPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

(Pitié, 1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

(Saint-Antoine, 1911-1912)

MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET (*in memoriam*)

(1911-1912)

Internat Provisoire

MONSIEUR LE DOCTEUR COYON

(Bichat, 1912-1913)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

(Tenon, 1913-1914)

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBRÉDANNE

(Enfants-assistés et Enfants-malades, 1919-1920)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(Saint-Louis, 1920-1921)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

(Saint-Louis, 1921-1922)

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des abcès froids n'est pas une innovation. Bien avant l'application par Lister des idées pastoriennes, des chirurgiens comme Dupuytren et Larrey l'avaient tentée. Leur résultat le plus net était l'infection des grandes poches qu'ils ouvraient et la mort plus ou moins rapide des opérés par septicémie.

Après la découverte du pansement antiseptique, Nicaise et ses contemporains revinrent à l'incision suivie d'exérèse avec large drainage. L'infection secondaire pour plus lente qu'elle fût ne manquait pas de compliquer la plupart des opérations, entraînant les mêmes redoutables conséquences qu'auparavant.

On en vint donc à considérer toute méthode de large ouverture comme rigoureusement contre-indiquée et toute incision d'un abcès froid comme « une porte ouverte à la mort ». La ponction, suivie ou non d'injection modificatrice, établit ses droits.

Cependant, au cours de la guerre, on eut la preuve qu'une plaie vaste et anfractueuse, si elle comportait des parois bien vivantes, pouvait être hermétiquement suturée, même non aseptique. La suture primitive servait, dans ce cas, de pansement idéal et la cicatrisation pouvait se faire per

primam, à moins d'une association microbienne particulièrement virulente. C'est instruit par cette expérience que notre maître, M. le professeur agrégé Lenormant, eut l'idée d'appliquer au traitement chirurgical des grands abcès froids, l'exérèse totale suivie d'une fermeture immédiate et complète. La rapidité et la qualité des guérisons qu'il a pu obtenir ainsi nous ont engagé à publier les résultats.

Le premier cas traité, comme nous venons de le dire, consistait en une vaste poche de la paroi thoracique, toute entière dans le tissu cellulaire, sans point de départ osseux. M. Lenormant ayant pu exciser complètement la membrane tuberculeuse, en présence de l'aspect « propre » de la plaie opératoire, dans l'évidence qu'il avait dépassé les limites du mal, sutura complètement sans aucun drainage et obtint une cicatrisation souple par première intention.

Durant l'année que nous avons passée dans son service de l'hôpital Saint-Louis, M. Lenormant eut encore l'occasion d'appliquer cette méthode à plusieurs grands abcès du tissu cellulaire et obtint chaque fois la même guérison rapide et simple.

Les malades ainsi traités ont été suivis et sont restés complètement guéris. Il semble donc qu'on puisse généraliser ce traitement opératoire, en remarquant bien toutefois qu'il s'adresse seulement :

1^o Aux grands abcès froids superficiels sans point de départ osseux.

2^o Aux cas où l'état des téguments permet d'espérer après suture complète, une réunion per primam, condition absolue de la méthode.

LES ABCÈS FROIDS PASSIBLES D'UNE EXÉRÈSE SUIVIE DE SUTURE TOTALE

Nous n'envisagerons pas les petits abcès froids du tissu cellulaire. On connaît leur fréquence. Ils ne sont qu'un moment de l'évolution des gommés sous-cutanées dont Lannelongue, Brissaud et Josias ont montré l'origine tuberculeuse, le siège dans l'hypoderme et la marche à peu près fatale vers le ramollissement et la fistulisation.

De tout temps, le traitement opératoire par l'ablation en masse a été de règle dans ces petites lésions bien limitées. L'évidence de ses indications ne faisait de doute pour personne et, n'eût-on pas suturé, la faible étendue de la plaie n'exposait pas à de graves complications. L'acte chirurgical n'avait bien souvent qu'un but esthétique; toujours il débarrassait l'organisme d'un foyer de tuberculose. Nous ne saurions insister sur sa légitimité.

Nous ne nous occuperons que des *grands abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané*, les seuls dont il s'agisse dans nos observations.

L'existence de ces vastes suppurations de l'hypoderme n'est pas douteuse et pourtant, en présence d'un de ces abcès, d'instinct, pourrait-on dire, on pense à la fonte d'un foyer d'ostéite.

Mais si l'on prend soin de relever les comptes rendus d'interventions dirigées contre une ostéite supposée, il arrive de constater parfois qu'on n'a pu, malgré une exploration minutieuse de la paroi de l'abcès, trouver de point de départ osseux.

Avec la très bienveillante autorisation de M. Ménard (de Berck) nous avons pu consulter ses registres d'opérations et nous avons été frappé du grand nombre de cas où cette recherche du point osseux fut négative. La chose est bien connue, observée par tous les chirurgiens, il est inutile d'insister.

Pathogénie des abcès du tissu cellulaire.

Comment peut se faire l'infection tuberculeuse du tissu cellulaire ? Rarement elle est due à une inoculation directe; quelquefois à la tuberculisation par voie sanguine d'un hématome ou d'un foyer de contusion. Nous croyons que dans l'immense majorité des cas, l'infection se fait par voie lymphatique : il existe des abcès lymphangitiques tuberculeux comme il existe des abcès chauds lymphangitiques qui sont d'observation courante.

Ce n'est pas une pure hypothèse. Lannelongue, Verneuil, Desprès, dans la discussion qui suivit la communication du premier de ces auteurs à la Société de Chirurgie en 1880, admirent cette origine : La lymphangite tuberculeuse peut s'abcéder sur place et non plus seulement dans les ganglions, contrairement à la règle qui voulait que le bacille de Koch n'irritât pas la paroi lymphatique et y fût charrié trop vite pour s'y fixer.

En certains cas le point de départ de cette lymphangite peut être aisément trouvé : parfois superficiel, cutané, cas fréquent dans les phtysiques qui ont tant de raisons d'infecter leur peau et chez les enfants ; parfois profond : *spina ventosa*, tuberculose des gaines.

Lefèvre, dans sa thèse, donne une excellente étude de cette lymphangite à bacille de Koch. L'inoculation cutanée se fait au niveau d'une plaie, d'une brûlure. Après une période d'inoculation tout à fait silencieuse, de durée variable, apparaît la lésion initiale, généralement un tubercule. La lymphangite évolue ensuite : sa marche est lente et sur son trajet se développent des nodosités qui ne sont autres que des *gommès tuberculeuses* de volume variable. Ces nodosités peuvent évoluer vers la résolution, l'ouverture immédiate à la peau, ou l'*abcédation dans le tissu cellulaire*.

L'envahissement ganglionnaire est à peu près constant, il peut être très tardif et semble bien être la manifestation qui précède immédiatement la poussée tuberculeuse généralisée.

Une observation rapportée par Merklen en 1885 à la Société médicale des hôpitaux constitue un cas schématique d'abcès du tissu cellulaire d'origine lymphatique.

Mais cette pathogénie n'est pas la seule. Nous savons que les abcès osseux ou arthrorhéumatisaux évoluent dans le tissu cellulaire superficiel ou profond. Certains vont si loin de leur point de départ qu'ils étirent leur pédicule, le rompent et, l'os guéri, peuvent évoluer pour leur propre compte. Ils ne sont que secondairement abcès du tissu cellulaire, mais ils deviennent alors une véritable entité morbide.

Enfin la bursite tuberculeuse contribue à fournir quelques cas d'abcès des parties molles.

Nous ne parlerons pas des suppurations secondaires à une atteinte de muscles : la tuberculose musculaire primitive a pu être niée par la plupart des auteurs et l'on sait que le muscle offre à la membrane tuberculeuse un obstacle difficile à vaincre.

Etude clinique

Le début des abcès froids sous-cutanés passe en général inaperçu. Aucune douleur, aucune gêne appréciable n'attirent l'attention. Les malades se souviennent parfois d'une petite tumeur dure ou d'une série de « grossissements » indolores qui se sont insidieusement ramollies tout en augmentant de volume. Souvent ils ont vécu

avec leur abcès en formation sans arrêter leur travail.

Cette absence totale de signes fonctionnels est à noter, elle s'explique puisqu'aucun organe important n'est atteint et nous verrons qu'il en faut tenir grand compte.

Le malade ne vient donc souvent consulter que gêné par la trop grande extension de la masse.

La tumeur est d'un *volume* variable, celui d'une noix, d'un œuf de poule, d'une orange dans les cas les plus fréquents. Parfois, si le malade a trop tardé à demander conseil, on se trouve en présence d'une poche considérable occupant tout un segment de membre, comme c'est le cas dans notre observation II.

Le *siège* de cette tumeur est des plus variables : membres, paroi abdominale, région lombaire, paroi thoracique. Des abcès que nous rapportons, l'un occupait toute la face externe de la cuisse (obs. II), un autre s'étendait à toute la face postérieure du bras (obs. IV), un troisième pointait à la région lombaire (obs. III), deux siégeaient à la paroi thoracique et dans la région scapulaire.

Les *caractères physiques* de ces abcès n'ont rien de particulier : la fluctuation est d'une netteté remarquable, elle prend parfois un caractère spécial dans les vastes poches à paroi épaisse : le liquide peu tendu forme masselote et donne le choc en retour.

Dans quelques cas, la palpation minutieuse révèle l'inégalité de consistance de la paroi, rigide et tomen-

teuse par places, souple, et semble-t-il, mince en d'autres. Presque toujours elle permet de « faire le tour de l'abcès... » et de préciser les contours de la limitante car les tissus voisins ont conservé leur souplesse.

En général, à cette période d'état, on ne trouve ni rougeur, ni chaleur. La peau qui recouvre la tumeur est souple et normale, on peut la plisser et c'est un signe qu'il ne faut pas manquer de rechercher. Il importe, en effet, avant d'intervenir de connaître avec le plus de précision possible les limites d'extension de l'abcès.

Les *signes fonctionnels* sont souvent des plus minimes. L'examen ne provoque aucune douleur. La douleur spontanée elle-même manque dans bien des cas.

Les malades ont pu travailler jusqu'au bout, conserver la souplesse et la sûreté de leurs mouvements. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'importance considérable que prend, dans la recherche du point de départ, cette absence d'impotence fonctionnelle.

Les *signes généraux* manquent ou sont réduits au minimum. Quand ils existent, ils ne sont pas directement en rapport avec la lésion du tissu cellulaire mais relèvent d'une tuberculose pulmonaire ou viscérale concomitante.

Diagnostic

Diagnostic Étiologique

Le diagnostic étiologique est en général facile. Dans l'immense majorité des cas, l'abcès froid est tuberculeux.

La preuve en est du reste fournie par l'examen complet du malade.

Celui-ci peut être un « scrofuleux ». On trouve chez lui des traces de tuberculoses chirurgicales antérieures : cicatrices d'adénites suppurées, ou fistules encore suintantes, ganglions sous-maxillaires, axillaires, inguinaux.

Il présente parfois un lupus en évolution ou sa cicatrice, une tuberculose verruqueuse, plus rarement les traces d'une tuberculose osseuse guérie : *mål de Pott*, tumeur blanche. Enfin l'examen des poumons peut révéler la coexistence des lésions en évolution.

Si les recherches cliniques sont négatives, de nombreux moyens de laboratoire restent à notre disposition pour déterminer la nature de l'abcès froid.

La *ponction* ramène du pus. Ses caractères très variables ne suffisent pas d'ordinaire à prouver sa nature. Il faut alors y rechercher le bacille de Koch : recherche souvent infructueuse mais qui entraîne la conviction si elle est positive.

L'*ensemencement* peut être pratiqué sur gélose par la recherche de microbes ternaux, sur milieu de Sabouraud si l'on redoute une mycose. La réponse sera rapide : négative dans les deux cas elle est une forte présomption en faveur de la nature tuberculeuse du pus.

Si rien ne presse, l'*inoculation* au *cobage* peut être pratiquée. Dans certains cas la réponse sera formelle, parfois elle restera douteuse. De plus cette méthode qui nécessite une attente de plusieurs semaines n'est

pas applicable aux grands abcès qui menacent de se rompre.

Quant à la *culi-réaction*, elle ne présente quelque intérêt que chez l'enfant très jeune. Chez l'adulte elle est si souvent positive qu'on ne saurait en tirer une conclusion formelle.

Sans négliger ces méthodes de laboratoire, sans oublier de rechercher la réaction de Wassermann, il faut accorder la plus grande importance à l'examen clinique du malade, car lui seul permettra de préciser le diagnostic qu'il nous reste à poser : celui de la localisation de l'abcès et de son point de départ.

Diagnostic du point de départ de l'abcès

Nous avons dit que le traitement chirurgical des abcès froids n'était légitime que s'il pouvait enlever en totalité la membrane tuberculeuse et faire suivre cette exérèse d'une suture hermétique.

On conçoit qu'avant de se décider à l'intervention il faille s'assurer des limites de l'abcès et de son point de départ. On le peut par un examen méthodique et répété, aidé par des radiographies.

Il est en général aisé de localiser les *petits abcès froids*. De volume réduit, ils occupent un segment de membre, la paroi abdominale, etc., ils sont nettement limités ; on les a, peut on dire, tout entiers dans la main, on les mobilise

sur les plans profonds. La possibilité de leur exérèse ne fait pas de doute.

Bien autrement difficile est la recherche de l'origine des grandes suppurations surtout quand elles siègent en des régions où évoluent habituellement les abcès ossifluents : régions trochantérienne, lombaire, thoracique. Une étude minutieuse du squelette et des articulations s'impose alors.

Chaque os sera examiné complètement. La palpation, délicate, suivra ses épiphyses en leurs moindres accidents recherchant la douleur provoquée, fixe en un point, l'épaississement du périoste, l'empâtement des parties molles.

Cette palpation qui fouille l'os se fera toujours *par comparaison avec le côté sain*, les deux mains exécutant des mouvements symétriques qui mettront en évidence la moindre différence. Cet examen qu'il faut savoir s'imposer et répéter fournit des renseignements précieux. Il s'étendra à la diaphyse des os superficiels.

Au passage, la main notera la moindre élévation de température locale, qui coïncide presque toujours avec une zone légèrement empâtée ou un point douloureux.

Ce n'est qu'ensuite que la radiographie sera étudiée et comparée à celle du côté sain. Elle peut révéler une zone plus ou moins nettement décalcifiée, un épaississement de la lame sous périostée, un léger flou de la surface osseuse ou la perte de substance en cratère d'une épiphyse abcédée.

Mais si la palpation d'un os ne fournit aucun des si-

gnes que nous avons relevés, si la radiographie le montre bien net, on a le droit de le considérer comme sain et de chercher ailleurs le point de départ de l'abcès observé.

Il peut s'agir *d'une articulation*. Certaines jointures superficielles : le genou, la tibio-tarsienne, le coude sont abordables de partout et d'un examen facile. Le palper de la synoviale en apprécie les épaissements et la distension.

L'examen, fait encore par comparaison, peut révéler une élévation de la température locale, c'est un signe très important, capital presque, d'une arthrite en évolution.

La recherche des signes de *souffrance* d'une articulation ne doit pas être omise : l'atrophie musculaire, la limitation des mouvements, les douleurs provoquées, la réaction ganglionnaire. Il n'est pas d'arthrite tuberculeuse qui ne s'accompagne de ces symptômes. S'ils ne font que s'ajouter à la déformation et aux signes *visibles* dans le cas d'une articulation superficielle, ils sont les *seuls* dont on puisse faire état quand il s'agit d'une jointure profonde comme la hanche. Les connaissant bien et sachant les rechercher, on peut affirmer qu'une arthrite ne saurait passer inaperçue. Par contre, on peut être sûr qu'une articulation restée souple et complètement indolore, recouverte ou mise en mouvements par des muscles normaux est indemne d'une atteinte tuberculeuse.

Reste-t-il un doute ? La radiographie achèvera de le lever. Elle montre la décalcification des épiphyses malades, l'irrégularité des surfaces articulaires et de l'interligne.

Ces signes sont des moindres et peuvent être remplacés dans les cas plus avancés par les éraillures des surfaces en contact, les coups d'ongle ou même les godets quand la lésion est prononcée. C'est le cas d'une arthrite qui serait largement abcédée. L'évidence s'impose donc.

Mais l'origine du pus peut être très lointaine, dans le cas d'un *abcès migrateur*. L'examen de la colonne vertébrale, la recherche des signes qui manifestent son atteinte tuberculeuse sont nécessaires.

Chez l'enfant, la contracture, les douleurs localisées ou à distance sont constantes. Chez l'adulte elles peuvent manquer. On sait combien de maux de Pott déjà abcédés sont compatibles avec une activité presque normale, une souplesse conservée du rachis et l'absence de douleurs. Cependant si l'attention est attirée vers les vertèbres, il ne manque pas de petits signes qui traduisent leur atteinte : en particulier l'exagération des réflexes rotuliens, la trépidation épileptoïde du pied et le signe de l'orteil sont d'une grande valeur.

D'ailleurs, à cette période des abcès, aux signes cliniques se sont ajoutés des *signes radiographiques* évidents : sans parler de l'effondrement d'un corps vertébral qu'on trouve en général, le pincement d'un disque à lui seul devrait suffire à donner l'éveil.

Enfin il ne faut pas manquer d'explorer les trajets que suivent d'ordinaire les grands abcès migrateurs : palper les fosses iliaques, explorer avec soin le bassin par un toucher rectal ou vaginal.

En résumé :

1° Si l'abcès siège au membre inférieur :

Nous n'aurons le droit d'affirmer son origine dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'après un examen de la hanche et du rachis prouvant, radiographies à l'appui, l'intégrité de l'articulation et des vertèbres.

Les trajets qu'empruntent les abcès de coxalgie et du mal de Pott seront reconnus libres.

Les os du membre inférieur seront trouvés indemnes d'atteinte tuberculeuse, l'examen ayant surtout porté sur le grand trochanter et les épiphyses inférieure du fémur et supérieure du tibia.

Les mouvements des divers segments du membre seront indolores, d'amplitude normale, il n'y aura pas d'atrophie musculaire.

2° Si l'abcès siège au membre supérieur :

Il ne saurait être que de cause locale prochaine.

L'examen doit donc porter sur humérus, radius et cubitus qui sont d'un abord clinique et radiographique aisé.

Les articulations, sont de même, faciles à explorer.

3° Si l'abcès siège à la paroi thoracique :

Il faut songer à une atteinte costale possible, mais ne pas négliger l'examen de la colonne dorsale, les abcès pottiques de cette région suivant parfois un espace intercostal.

La radiographie confirmera les résultats de l'examen clinique.

Nous ne parlons pas des pleurésies purulentes tuberculeuses qui peuvent venir pointer sous la peau. Il reste

bien entendu que l'examen du malade sera complet et l'on ne saurait passer à côté d'une affection de cette importance.

4^o *Si l'abcès siège à la paroi abdominale :*

On doit encore éliminer les abcès costaux ou pottiques migrants, et les abcès de l'os iliaque qui viennent en général de la profondeur.

Nous voyons donc que, *suivant la région*, nous aurons à éliminer la possibilité de points de départ osseux ou articulaires *bien déterminés*.

En fait, deux contre-indications au traitement chirurgical d'un abcès froid sont formelles : le mal de Pott et la coxalgie.

Dans les autres cas si, par erreur, l'exérèse de l'abcès, supposé du tissu cellulaire, conduisait à un point de départ osseux, elle devrait être complétée par le curetage du foyer d'origine et terminée par la suture.

Nous continuons cependant de penser que pour les os des membres en particulier, une atteinte tuberculeuse traduite par un grand abcès, passerait difficilement inaperçue à un examen méthodique et répété.

DES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS

Toutes les méthodes de traitement recherchent le même but : la destruction de la membrane tuberculeuse.

Depuis les travaux de Brissaud et Josias, de Lannelongue, on sait que l'abcès froid ne dérive pas seulement de la fonte de son point originel.

Sa limitante est active, on y trouve des follicules tuberculeux, elle envahit peu à peu les tissus voisins.

Le seul traitement logique consistant à détruire cette membrane, certains auteurs voulurent en provoquer la sclérose et d'autres la détruire mécaniquement.

1° Méthode sclérogène.

Très ancienne, cette méthode parut la plus sûre. Nombre d'auteurs lui revinrent que décourageait la crainte de l'infection secondaire.

Elle consiste en une ponction évacuatrice suivie immédiatement d'une injection modificatrice.

L'agent thérapeutique le plus anciennement employé fut l'*iode* recommandé par Sédillot en 1870 et par Boinet dans son ouvrage sur l'Iodothérapie.

En 1885, Verneuil préconisa les injections d'éther iodoformé au 1/10^e et fixa la technique de l'injection.

L'iodoforme est encore l'agent modificateur le plus couramment employé. Le dissolvant seul varie : glycérine huile ou éther.

A l'iodoforme quelques auteurs ajoutent de la créosote, du gaïacol.

Si le contenu de l'abcès est caséeux et ne peut être évacué par le trocart, certains chirurgiens commencent par en obtenir le ramollissement. A cet effet, Aug. Broca recommande l'injection préalable de thymol camphré (thymol = 1 ; camphre = 2) à la dose de 2 à 5 cc suivant l'âge du malade et le volume de l'abcès. La liquéfaction de la masse caséeuse obtenue, on revient à l'injection modificatrice.

Pour augmenter l'action de l'agent médicamenteux, quelques auteurs recommandent les lavages de la poche jusqu'à l'issue de liquide légèrement teinté de sang. M. Ombrédanne a imaginé dans ce but un aspirateur-injecteur qui permet de soumettre la poche à l'évacuation, au lavage et à l'injection iodoformée sans aucune manipulation du trocart et de ses ajutages

Toujours pour obtenir la sclérose de la paroi, les auteurs modernes ont imaginé les agents les plus différents.

En 1910, E. G. Beck proposa des injections de pâte bismuthée dont la propriété la plus remarquable était de provoquer une intense lencocytose locale.

Dans le même ordre d'idées, Hirsch en 1910, employa une solution de trypsine à 10%, dont il injectait de 2 à 4 cc tous les 2 ou 3 jours.

Ces méthodes nouvelles correspondent aux recherches de Coyon, Noel et Fiessinger qui tendent à démontrer que toute injection modificatrice entraîne, dans un abcès froid, l'apparition de leucocytes polynucléaires dont la destruction produit un ferment protéolytique constant dans les abcès chauds.

Il ne s'agirait donc plus de provoquer une sclérose pure et simple de la membranetuberculeuse.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'exposé des méthodes modificatrices. Elles sont étudiées dans tous les ouvrages classiques qui concluent nettement en leur faveur.

Il est vrai que les auteurs envisagent l'abcès froid d'une façon très générale sans accorder de mention spéciale à l'abcès du tissu cellulaire indépendant d'une lésion osseuse.

Reclus, après avoir pratiqué les larges ouvertures et les méthodes destructives directes non suivies de suture, ne les considère plus dans son traité classique que comme un pis aller. On n'y a guère recours, dit-il, qu'après les échecs multipliés des injections d'iodoforme.

Par contre, il recommande formellement les injections d'éther iodoformé à 5% de Verneuil : injections répétées qui *peuvent* amener la guérison, améliorent souvent l'état général et rendent l'organisme plus apte à supporter une intervention sanglante si celle-ci devient nécessaire.

Delbet et *Chevassu* préfèrent, autant que possible, ne pas ouvrir les abcès froids mais les vider par ponction et injecter dans leur cavité des substances modificatrices de la membrane tuberculeuse et provoquant sa rétraction progressive. Ils recommandent l'éther iodoformé, le naphthol camphré ayant causé des accidents mortels rapportés par *Guinard*.

Les méthodes chirurgicales, grattages et curettages sont réservées par eux aux tuberculoses des gaines synoviales, au nettoyage des abcès froids thoraciques.

Cependant, dans le cas d'abcès froids peu étendus, ils conseillent de tenter au bistouri une ablation complète suivie de réunion sans drainage.

Baumgartner (article « abcès froid » de la Pratique médico-chirurgicale) recommande comme traitement idéal l'extirpation large faite en tissu sain, sans toutefois parler de la suture immédiate de la plaie chirurgicale. Trop souvent, à son avis, cette extirpation est impossible. Il faut se borner, après large ouverture, au *curage* des parois avec, comme adjuvant, les attouchements au thermocautère ou au chlorure de zinc au 1/20^e.

Mais, ajoute-t-il, si cette méthode est infidèle, les injections modificatrices sont de mise dans tous les cas de tuberculose fermée et donnent d'excellents résultats. Le naphthol camphré est dangereux mais l'éther iodoformé peut être employé sans inconvénients, en injections répétées jusqu'à guérison complète.

Kirmisson, dans son « Précis de chirurgie infantile » ne traite que des abcès froids secondaires à une atteinte

osseuse ou articulaire. Il recommande l'injection d'éther iodoformé au 1/10^e. Il n'intervient que dans le cas de « tuberculome » ou la quantité de matière caséuse rend impossible toute ponction. Après ouverture large, évacuation complète de toute matière caséuse, les parois de la poche sont touchées à l'acide phénique pur puis à l'alcool.

Mais les interventions sanglantes ne sauraient constituer que des pratiques de nécessité dans les cas où tous les procédés de la méthode conservatrice ont échoué.

Aug. Broca n'envisage pas l'abcès du tissu cellulaire et proscriit nettement toute intervention sanglante pour s'en tenir à la simple ponction modificatrice.

L'école de Berck pratique les ponctions et l'injection modificatrice qui aidées par le climat marin donnent chez les enfants d'excellents résultats.

Récemment, Walther a remis en honneur les injections sclérosantes de chlorure de zinc pratiquées déjà par Lannelongue et dirigées surtout contre les ostéo-arthrites fongueuses.

Cette méthode consiste à pratiquer tout autour de l'articulation malade une couronne de gouttes sclérosantes. Chaque îlot comporte III ou IV gouttes de la solution au 1/10^e, portées contre l'os et le périoste. Il ne faut pas dépasser XL à L gouttes en tout.

Ces injections peuvent amener la sclérose d'un bloc fongueux, leur action est plus douteuse dans le cas d'une vaste suppuration.

Il en serait de même de la solution de Morestin (glycerine, formol, alcool à parties égales).

Succédant à la pratique de l'ouverture large qui avait donné tant de déboires, la méthode des ponctions était considérée comme tout à fait inoffensive, esthétique et certaine. Nous ne saurions nier les avantages qu'elle présente, surtout dans les abcès ossifluents où elle reste formellement indiquée. Mais il faut reconnaître que ses résultats sont lents. Fréquentes sont les récidives immédiates et les fistules qui s'établissent malgré toutes les précautions au point de pénétration du trocart, cette fistulisation étant la porte ouverte à l'infection secondaire que l'on désire éviter à tout prix.

Encore une fois, s'il s'agit d'un abcès pottique ou coxalgique, le mal est moindre qu'après une incision irraisonnée. Mais si l'examen du malade, mettant hors de cause ces points de départ profonds, permet de localiser l'abcès dans l'hypoderme, n'a-t-on pas le droit de regretter la lenteur et l'infidélité d'un traitement qui n'évite pas toujours la grande incision en milieu infecté ?

Méthode destructive suivie de drainage.

Cette méthode a pour but la destruction directe de la membrane tuberculeuse par la cautérisation, le grattage ou le curettage après ouverture large de l'abcès.

Dupuytren, Larrey ouvraient, grattaient et drainaient les grands abcès; pour quelques rares guérisons, ils

comptaient nombre de désastres par septicémie (56 à 60 %).

Après la découverte du pansément phéniqué, on revint à l'ouverture des abcès froids avec destruction de la paroi. La question fut étudiée au congrès français de chirurgie de 1885 où divers auteurs préconisèrent la destruction chirurgicale de la membrane limitante :

Cazin (de Berck) vantait la décortication ;

Bouilly le râclage des parois et le « bourrage » de la plaie ;

Pozzi rapportait le cas de vastes poches incisées, grattées et guéries.

Socin (de Bâle) recommandait d'enlever par le curage tous les tissus suspects et de tenter la réunion aussi complète que possible.

Au cours de cette même année 1885, Nicaise, étudiant les abcès du tissu cellulaire sous-cutané, proposait un traitement chirurgical par l'incision suivie de cautérisation ou, ce qui était mieux, de décortication. Il préconisait déjà, à l'encontre de Bouilly, de chercher une réunion *per primam*.

Pourtant son exemple ne fut pas suivi et, pour avoir été appliquée sans discernement, la méthode destructive fut peu à peu abandonnée et frappée d'interdit.

On ne revint aux incisions qu'en désespoir de cause, dans les cas d'abcès fistulisés, infectés, menaçant la vie ; elles amenèrent parfois des guérisons inespérées.

Méthode destructive suivie de suture primitive hermétique.

C'est la méthode que nous proposons. Elle garde tous les avantages de la précédente : l'extirpation totale de la poche et du contenu, elle évite les complications infectieuses à peu près fatales si l'on draine largement.

INDICATIONS. — Elle s'adresse à tous les grands abcès du tissu cellulaire sous-cutané ne venant ni d'un os ni d'une articulation profonde et qui sont revêtus d'une peau saine. On peut cependant l'appliquer dans les cas où la peau commence à s'amincir et à rougir, à condition toutefois qu'après excision de ces téguments mal nourris, il reste assez d'étoffe pour pratiquer la fermeture.

On peut même traiter de cette façon les abcès fistulisés, à condition qu'ils ne soient pas infectés secondairement et qu'on puisse reséquer en bloc les trajets fistuleux sans compromettre la suture.

CONTRE-INDICATIONS. — Les unes viennent de l'état de la peau.

La suture suivie de cicatrisation « *per primam* » étant la condition formelle du traitement chirurgical, on conçoit qu'il sera nettement contre-indiqué toutes les fois qu'une peau mal nourrie, infectée, criblée de fistules, inextensible ne permettra pas d'espérer la réunion complète. Mieux vaut ne pas tenter l'exérèse d'un abcès si l'on ne peut le mettre à l'abri de l'infection.

Une autre contre-indication relève de l'atteinte trop grave de l'état général et de l'existence de foyers nombreux.

Il ne faut cependant pas oublier que souvent il y a coexistence chez le même malade de tuberculoses multiples : si l'état général est resté satisfaisant et qu'un abcès du tissu cellulaire prenne une extension trop considérable on doit tenter une intervention qui supprime un foyer d'infection bacillaire.

Mais la seule contre-indication formelle (que nous avons longuement étudiée déjà) est l'existence d'un mal de Pott, d'une coxalgie en évolution ou de toute ostéite profonde si l'on n'a pas la certitude d'une indépendance absolue de l'abcès et de cette lésion.

OBJECTIONS THÉORIQUES A L'EMPLOI DE LA MÉTHODE SANGLANTE. — Certains auteurs interdisent l'acte chirurgical dans les tuberculoses externes. Il n'a d'autre résultat, prétendent-ils, qu'une diffusion de l'infection et trop souvent la mort rapide par généralisation ou méningite tuberculeuse. C'était le premier argument que Verneuil opposait aux interventionnistes : l'absorption des microbes pathogènes par les vaisseaux blancs et rouges ouverts dans la plaie opératoire, provoquait selon le terme de Benda une véritable « bacillémie »

Cette complication redoutable des opérations chez les tuberculeux parut, à l'examen, bien inconstante et sans aucun rapport avec l'état général du malade ou l'importance de l'intervention pratiquée. Bien des cliniciens doutèrent et virent dans les accidents post-opé-

ratoires une simple coïncidence éclatant après l'intervention et non à cause d'elle. Laannelongue entreprit des recherches dont le résultat ne sembla pas favorable à l'opinion de Verneuil : la méningite ne se montrait pas moins fréquente chez les malades sur lesquels aucune opération n'avait été tentée.

Réclus qui rapporte ces discussions, conclut à l'absence de règles précises, la balance des avantages et des inconvénients s'établissant suivant le siège du mal, son étendue, l'intégrité ou l'envahissement des viscères, l'âge du malade, sa position sociale.

Aug. Broca, dans son traité de Clinique chirurgicale infantile, est beaucoup plus catégorique et nie absolument toute influence d'une intervention sanglante sur l'évolution d'une méningite ou d'une généralisation.

La question paraît réglée à l'heure actuelle. Les cas où l'on a la main forcée par une fistulisation imminente, les cas si nombreux où une résection, un évidement osseux sont pratiqués sans dommage suffisent à emporter la conviction.

Mais, prétendent les détracteurs de la méthode, l'exérèse d'un vaste abcès froid et de sa limitante nécessite de vastes délabrements, des incisions longues et disgracieuses, sans doute, mais nous ferons remarquer que l'exérèse ne porte que sur des tissus de mauvaise qualité, voués à la destruction.

Nous savons aussi que muscles et aponévroses résistent bien à l'envahissement. L'abcès reste dans le tissu cellulaire, sa recherche ne nécessite qu'une dissection des

groupes musculaires, sans grands dégâts ou suppressions importantes.

La question de la cicatrice est, bien souvent, secondaire. Nous ne prétendons pas que l'exérèse convienne à tous les cas, mais, aux membres, au thorax, une cicatrice linéaire, souple et indolore est bien accueillie par des sujets qui ont d'autres soucis que l'intégrité de leur tégument si menacé déjà par l'ouverture spontanée et la fistulisation.

On incrimine aussi la fréquence des récidives, mais quelle est la méthode qui saurait les éviter mieux que l'exérèse chirurgicale :

Ou bien la poche est simple : il est facile de l'enlever en bloc ; une série de ponctions ne saurait obtenir un résultat plus radical.

Ou bien la poche se complique de diverticules : aucune injection modificatrice ne serait assez subtile pour baigner les moindres replis, s'insinuer dans les plus petits trajets, sinon poussée sous une pression redoutable.

Une intervention qui se passe au grand jour, qui peut poursuivre le moindre recessus, a logiquement plus de chances de ne rien laisser inattaqué. Si la récidive devait suivre l'intervention, il nous paraît évident qu'elle serait constante après les ponctions.

Sans doute l'acte chirurgical n'a pas la prétention d'être *toujours* histologiquement radical, mais, comme la ponction, il provoque une intense réaction fibreuse capable d'étouffer les petits îlots qui, dans les cas difficiles, auraient échappé au bistouri.

L'avantage que présente l'intervention de s'accomplir sous le contrôle de la vue, de permettre la poursuite des diverticules, de doser l'effort au but à atteindre en l'appliquant tout spécialement aux points les plus malades nous paraît fortement plaider en sa faveur.

Enfin, l'objection la plus sérieuse, à laquelle nous avons déjà répondu en établissant des contre-indications formelles est le risque que l'on court d'être conduit sur un point d'ostéite.

Nous savons que, s'il s'agit d'une ostéite costale ou scapulaire, de l'atteinte d'un os superficiel, l'objection ne tient pas : on ajoutera à la décortication de l'abcès un curettage minutieux du foyer d'origine et l'on terminera par une suture.

Le seul vrai danger serait l'ouverture d'un abcès pottique ou coxalgique.

Mais nous répétons qu'on ne doit s'engager dans une exérèse qu'après avoir étudié à fond le malade et recherché tout particulièrement une atteinte du rachis ou de la hanche. En cas de doute il vaudra mieux s'abstenir, ponctionner au besoin, maintenir le malade en observation pour n'opérer qu'en connaissance de cause. L'indication opératoire doit être étudiée comme dans une affection abdominale.

Technique opératoire.

L'idéal, qui ne peut se réaliser qu'avec une peau saine, se laissant plisser sur toute la surface de l'abcès, consiste

après l'incision des téguments, à décoller la membrane tuberculogène de proche en proche, jusqu'à en faire le tour. Le tuberculome est alors enlevé comme une véritable tumeur. On se sert de la compresse, de la spatule, des ciseaux : peu importe pourvu que l'on excise bien en dehors et qu'à aucun moment on n'entame la paroi que l'on sait fertile.

Cette éventualité est rare et il faut s'attendre à moins de simplicité.

En général, un abcès volumineux *tient* en quelques points de sa surface, la réaction fibreuse de défense est ébauchée et les manipulations de la poche ne vont guère sans son ouverture.

On pourrait tenter de transformer cette poche à paroi fragile en une tumeur solide, facile à énucléer. Il suffirait de la ponctionner et de remplacer le pus par une masse de paraffine : Cette méthode, appliquée par Pozzi au traitement de hygromas, n'est, bien entendu, praticable que si le pus est assez fluide pour être évacué complètement.

De plus, dans le cas d'un très vaste abcès, on sera vite encombré de cette énorme masse et les chances resteront faibles de l'énucléer en bloc.

Nous croyons donc préférable de pratiquer d'emblée *l'ouverture large de l'abcès*. Le pus qu'il contient est en général stérile et l'on n'a pas à redouter l'inoculation du champ opératoire.

Cette incision pratiquée, on peut aussitôt faire une exploration de l'intérieur de la poche, noter ses limites,

prévoir ses expansions ou ses diverticules. Cet examen doit être rapide, sans manipulations inutiles, car il ne saurait donner qu'une idée d'ensemble de la masse à enlever.

Il n'est pas indiqué de déterger la paroi mais on peut bourrer la poche de compresses imbibées d'éther.

Il faut alors entreprendre la dissection méthodique, en commençant par la face cutanée. Si la peau est partout saine, la libération débute aux lèvres mêmes de l'incision cutanée qui, saisies par des pinces de Museux, sont écartées à mesure qu'avance la décortication.

En aucun cas il ne faut conserver de peau douteuse : si une dissection laborieuse compromet la vitalité du tégument il vaut mieux, de parti pris, sacrifier ce qui ne saurait donner une bonne cicatrice.

En s'éloignant de la ligne d'incision, la dissection devient plus facile, les ciseaux peuvent être abandonnés, et la compresse ou la spatule, suffire au décollement.

La tumeur séparée de la peau, il faut attaquer les plans profonds.

En règle générale, on abordera la masse par son pôle le plus éloigné de la racine du membre : c'est d'ordinaire le plus récent, celui qui se laisse le plus aisément décoller.

Si le plan de clivage n'apparaît pas, la dissection aux ciseaux s'impose ; elle passera toujours en tissu sain, sans qu'il soit nécessaire de faire de vastes brèches car l'atteinte tuberculeuse rayonne peu. Les aponévroses résistent longtemps ; à la cuisse par exemple le fascia lata se laisse bien rarement envahir, on pourra donc s'arrêter à son contact. Les muscles offrent de même une grande résis-

tance à l'envahissement et il est très rare d'avoir à en exciser de vastes surfaces.

A mesure que progresse l'ablation de la tumeur, on tamponne pour arrêter le saignement en nappe, toujours abondant.

Un diverticule apparaît-il ? On le suit à son contact. Il emprunte parfois un interstice musculaire, ou le trajet de vaisseaux que protège toujours leur gaine. Il est facile de le suivre grâce à l'écartement des muscles entre lesquels il pénètre et à reconnaître à son aspect lardacé et scléreux. On ne s'arrête qu'en tissu sain. En poursuivant ainsi la dissection, on arrive à faire le tour de la masse et de ses prolongements qu'on enlève en totalité. On se trouve alors en face d'une plaie bien saignante. Les bords largement écartés, on procède à la vérification. Le moindre point douteux est excisé ou détruit à la curette tranchante, au besoin au thermocautère.

Puis on fait l'hémostase. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce temps opératoire. Les parois de la plaie énergiquement détergées, le moindre vaisseau qui donne est pincé et lié au catgut très fin. Cette précaution est capitale si l'on veut éviter les hématomas qui constituent le seul incident post-opératoire à redouter.

La plaie est ensuite lavée à l'éther pur, ou iodé ou iodoformé. On peut aussi faire des attouchements à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc.

Et l'on termine par la suture, qui doit être *hermétique*. Les points, assez proches les uns des autres, prennent une

bonne épaisseur de la tranche; ils ne sont serrés qu'après affrontement rigoureux. Avant de nouer le dernier fil, on couche sous la suture un petit faisceau de 6 à 8 crins de Florence.

Le champ opératoire est enfin largement nettoyé à l'éther, la ligne de suture touchée à l'iode et l'on applique le pansement. Ce pansement doit comporter une couche épaisse de coton cardé permettant une compression très élastique; il est en effet nécessaire d'éviter les espaces morts on pourrait se collecter un hématome.

Les soins post-opératoires sont simples : le troisième jour, on retire les crins de drainage, on fait une expression très prudente de la plaie et l'on applique un nouveau pansement compressif qui ne sera levé qu'au neuvième jour.

Il faut attendre ce délai minimum pour retirer les fils. A-t-on même quelque crainte sur la valeur de la réunion, on ne retire qu'un fil sur deux, laissant en place les autres 3 à 4 jours encore.

RÉSULTATS. — Ils sont excellents. Les malades dont nous rapportons les observations ont cicatrisé par première intention et pu quitter l'hôpital dans les délais normaux.

Revus un an après l'opération, ils présentent des cicatrices blanches et souples. Chez aucun d'eux il n'y a trace de récurrence, tous ont retrouvé sans la moindre gêne toutes leurs fonctions.

Les seuls incidents post-opératoires à redouter sont : immédiatement les hématomes, un peu plus tard les épanchements sérieux.

Les hématomes s'expliquent par l'étendue de la surface cruentée qui saigne en nappe. On peut les éviter, ou en atténuer l'importance par une hémostase minutieuse qui est, nous le répétons, un temps capital de l'opération, et par un drainage filiforme de 48 heures.

Persistent-ils ? Leur évacuation est aisée en insinuant une sonde cannelée par l'orifice d'un point de suture. Le sang s'écoule dans la cannelure.

Les épanchements sérieux qui apparaissent plus tardivement, au bout de 15 jours souvent, peuvent être évacués de la même façon. Ils n'entravent en rien la guérison définitive.

OBSERVATIONS

Obs. I. — F... Clément, 18 ans. Entré le 14 octobre 1919, salle Cloquet, pour un abcès froid siégeant au niveau de la face postérieure de l'omoplate droite et dont le début remonte à quelques mois.

On ne trouve aucun point douloureux osseux. La colonne vertébrale ne présente rien d'anormal, quatre ponctions évacuatrices, suivies d'injections de glycérine iodoformée ont été déjà pratiquées. Le pus s'est reformé chaque fois.

Devant ces récidives constantes, on décide d'intervenir (le 10 novembre 1919).

Opération (M. Lenormant). — Incision de l'abcès qui est profondément situé sous les muscles insérés au bord interne de l'omoplate. Evacuation du pus. La poche est alors examinée et on constate à sa partie interne, dans la région de l'angle postérieur des côtes, un orifice qui conduit dans le thorax et par où s'écoule une grande quantité de pus quand le malade fait des efforts.

On se donne du jour en réséquant la côte sus-jacente. On peut alors évacuer cette poche profonde et l'explorer au doigt. Elle paraît siéger dans le tissu sous-pleural et au milieu d'adhérences pleurales (malgré la traumatopnée il ne paraît pas y avoir de pneumothorax total).

La paroi profonde de la poche est calcifiée, donnant l'impression d'une coquille d'œuf adhérent profondément.

On essaie sans succès de détacher cette plaque calcifiée. Après évacuation complète du pus, on ferme hermétiquement la poche par suture des muscles et de la peau sur un drainage au crin.

La cicatrisation est complète au quinzième jour et le malade quitte l'hôpital le 4 décembre, 24 jours après l'intervention.

La guérison s'est maintenue depuis; le sujet a pu reprendre ses occupations sans la moindre gêne.

Obs. II. — Ch... Edmond, 26 ans, coiffeur.

Entré à l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} juin 1920, dans le service de M. Lenormant, pour une énorme tuméfaction de toute la face externe de la cuisse droite.

Les antécédents du malade sont chargés :

Fièvre typhoïde à 4 ans.

Mal de Pott dorsal ayant débuté en 1909; soigné en 1911 par l'immobilisation au lit durant 9 mois, en appareil plâtré pendant 3 mois. Il y avait à ce moment-là exagération très nette des réflexes rotuliens.

En 1912 le malade a pu reprendre son travail. En 1914 la lésion paraît guérie, il ne persiste qu'une légère douleur au-dessus de la gibbosité.

Actuellement, il existe une gibbosité arrondie dont le point culminant répond à une ligne horizontale passant par les épines scapulaires. Légère scoliose à convexité droite. La palpation et la percussion ne réveillent aucune douleur. Le malade fléchit aisément son rachis en tous sens. Les réflexes patellaires sont normaux.

La radiographie montre nettement les corps vertébraux atteints transformés en un bloc d'opacité normale, à contours nets sans aucune ombre pouvant indiquer un abcès. Les fosses iliaques sont normales et la paroi abdominale très dépressible permet d'apprécier la netteté du rachis lombaire.

Il existe de nombreux ganglions inguinaux surtout à droite.
Etat général très bon.

Ch... a pu reprendre depuis 1914 son métier de coiffeur et rester debout sans fatigue.

C'est en septembre 1918 que débute la nouvelle affection que l'on observe maintenant. Apparaît d'abord une tuméfaction de l'aîne droite suivie au bout de 2 mois d'un gonflement total de la cuisse droite.

Puis la tumeur de l'aîne disparaît en avril 1919; le gonflement de la cuisse s'atténue et il ne reste qu'un abcès de la face externe s'étendant il est vrai du trochanter au genou.

Huit ponctions sont pratiquées à la Pitié, la première ramenant plus d'un litre de pus; la deuxième remonte au mois de mai 1919. Toutes ont été suivies d'une injection d'éther iodoformé. Elles semblent avoir amené une amélioration, mais en avril 1920, l'abcès se reforme lentement, sans douleur. Le malade peut continuer son travail jusqu'en juin où le volume énorme de l'abcès provoque une gêne trop considérable.

A l'entrée du malade à l'hôpital on observe un gros abcès en bissac, bridé à sa partie moyenne, occupant toute la face externe de la cuisse, fluctuant, paraissant bien limité par une coque épaisse.

Pas de douleur appréciable, sauf au niveau du trochanter où il existe un point sensible à la pression.

On pense à une trochantérite, mais la radiographie montre une extrémité inférieure du fémur d'une netteté parfaite et sans la moindre décalcification.

Les mouvements de la hanche sont normaux.

Une ponction pratiquée le 3 juin ramène 500 gr. de pus et ne vide pas la poche qui, 2 jours après, a repris ses dimensions primitives.

L'examen des poumons révèle, au sommet droit, de la submatité et de l'obscurité respiratoire. La toux est fréquente mais on ne relève pas d'hémoptysie.

L'état général est passable, le malade est pâle et maigre, se plaint de fatigue générale, mais n'a pas de fièvre.

Intervention le 7 juin (M. Lenormant). — Ouverture large de l'abcès. Excision complète par dissection de la paroi de l'abcès qui se prolonge en haut, au-dessus du trochanter dans la direction de l'épine iliaque.

Aucun prolongement profond. Aucun point osseux dénudé.

Ethérisation. Suture complète de la peau sur drainage aux crins.

Les suites opératoires sont simples, la cicatrisation est rapide.

Le 18 juin l'expression de la poche fait sourdre par un petit pertuis une certaine quantité de liquide séro-hématique. L'écoulement ne persiste pas et le malade sort le 12 juillet.

Revu le 14 février 1921, il a repris son travail normal. La cicatrice qui mesure plus de 30 cm. est blanche, mince et partout mobile sur le plan profond. La palpation du trochanter ne révèle rien d'anormal. Le malade n'accuse que quelques picotements qui ne le gênent en rien dans son travail.

L'état général s'est nettement amélioré. Aucune modification dans l'état de la colonne dorsale.

Obs. III. — Oss.. Henriette 17 ans. — Entrée à St. Louis, salle Gosselin, le 4 juin 1920, pour une tumeur fluctuante de la région lombaire, à droite de la ligne médiane.

Le début de l'affection remonte au mois de novembre 1919 où, sans douleur ni gêne fonctionnelle, est apparue une masse d'abord dure puis de plus en plus ramollie.

Actuellement, existe dans la région lombaire et partant de la ligne médiane une tuméfaction ovoïde dont le gros pôle se dirige en bas et à droite. La fluctuation la plus nette est perceptible. Aucune douleur, aucune élévation de la température locale. La peau est saine, non adhérente. L'examen le plus attentif des vertèbres lombaires n'y révèle aucune sensibilité spéciale.

Les mouvements du rachis sont absolument normaux en tous sens.

La radiographie ne montre aucune lésion des vertèbres.

L'état général est excellent : aucune lésion pulmonaire.

Dans les antécédents de la malade on relève une ulcération tuberculeuse de l'avant-bras droit avec rétraction des tendons fléchisseurs des trois derniers doigts, pour laquelle M. Lenormant était déjà intervenu le 27 octobre 1919.

Cette première intervention avait consisté en une excision de l'ulcération et du tissu cicatriciel sous-jacent qui s'enfonçait entre les muscles du bord antéro-interne de l'avant-bras jusqu'au cubitus; excision suivie d'une suture complète et de réunion *per primam*.

Le 10 juin 1920 la seconde intervention (M. Lenormant) est pratiquée, la tumeur lointaine est diagnostiquée abcès froid.

Incision oblique sur le grand axe et ouverture de l'abcès. C'est un abcès froid typique à contenu grumeleux et paroi épaisse.

Du côté de la peau, cette paroi est limitée par un plan de clivage des plus nets qui en rend la dissection très facile. Dans la profondeur la poche adhère à l'aponévrose du grand dorsal qui est enlevée avec elle. On pratique ainsi l'extirpation complète de la poche sans rencontrer aucun point osseux ni sur les vertèbres, ni sur la crête iliaque.

Cautérisation et réunion complète. Drainage aux crins.

La cicatrisation se fait dans les délais normaux, mais un épanchement séreux se produit qu'on évacue par l'orifice d'un point de suture. Le malade quitte l'hôpital le 11 juillet 1920. guérie. En mars 1921 la guérison se maintient complète.

Obs. IV. — L... Marius, Sableur, âgé de 53 ans. Entré dans le service de M. Lenormant, à St-Louis, le 20 février 1921, pour une tumeur occupant toute la face postérieure du bras droit.

Le début de l'affection remonte à trois mois par une petite masse tout à fait indolore située sous la peau de la face postérieure du bras. D'abord dure et très mobile, ne provoquant pas la moindre gêne, cette tumeur s'est mise à augmenter de volume peu à peu jusqu'à recouvrir tout le bras, de l'olécrâne au deltoïde. Elle s'est en même temps ramollie tout en restant d'une indolence à peu près complète, le malade n'accuse que quelques douleurs très fugaces, localisées à la région malade sans aucune irradiation.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on constate à la face postérieure du bras droit une saillie très volumineuse, bombant fortement, soulevant une peau luisante et légèrement violacée.

Le palper révèle une fluctuation nette, superficielle : l'abcès allongé dans le sens du membre semble posséder à ses deux pôles une paroi plus épaisse, plus empâtée qu'en sa région moyenne.

La tumeur est mobile en masse sur les plans profonds, le triceps peut se contracter sans la fixer.

Les mouvements du coude et de l'épaule sont absolument normaux en force et en amplitude. Pronation et supination sont conservées dans leur intégrité.

L'examen de la tumeur ne révèle pas de douleur appréciable, la peau légèrement chaude paraît amincie.

L'examen clinique du squelette reste négatif.

La radiographie ne montre rien de net : un point olécrânien reste très douteux.

Etat général bon. T. 37°5-38° sans jamais dépasser ce chiffre.

Depuis quelque temps léger amaigrissement. L'auscultation des poumons révèle une respiration soufflante et rude au sommet gauche. Les autres appareils sont normaux.

De nombreux ganglions occupent les régions sus-claviculaires et sous-maxillaires, l'un d'eux est suppuré et fistulisé depuis 2 mois environ, donc après l'apparition de la lésion actuelle.

Une ponction pratiquée le 22 évacue une petite quantité de pus qui est ensemencé (avec résultat négatif).

Intervention. — (le 24 février)

Opérateur M. Lenormant. — Incision de la poche qui s'étend sur toute la hauteur du bras, entre la face postérieure du triceps et la peau.

Pas de point osseux, pas de diverticule. Aux 2 extrémités de l'abcès, derrière l'olécrâne et en haut, la membrane tuberculeuse constitue un bloc d'une épaisseur de plusieurs centimètres, en voie de ramollissement. Résection d'une grande partie de la paroi de l'abcès aux 2 extrémités et du côté de la peau.

Du côté du muscle l'excision est partielle et l'on achève de détruire la paroi de l'abcès à la curette.

Ethérisation. Suture de la peau par un surjet de soie. Drainage filiforme.

Suites opératoires normales; les fils sont levés au 9^e jour, la réunion est complète. Le malade quitte l'hôpital le 11^e jour.

Revu par la suite il présente une cicatrice souple et linéaire,

Un léger suintement superficiel qui existait à la sortie avait complètement disparu. Le bras avait retrouvé son aspect normal.

L'examen anatomo-pathologique d'un fragment de la paroi épais de plus d'un centimètre avait révélé tous les caractères de l'infiltration tuberculeuse, notamment la présence de nombreux follicules.

Obs. V. — Mme N. 61 ans, entrée salle Gosselin, le 26 mars 1921.

Cette malade présente une fistule siégeant au niveau de la pointe de la fesse gauche.

Il y a 3 ans environ, elle a remarqué une grosseur du volume d'un œuf siégeant en pleine fesse, tumeur complètement indolore. En juillet dernier, cette tumeur très ramollie s'est ouverte spontanément. Il s'en est écoulé en abondance du pus grume-

leux. Depuis cette ouverture il a persisté une fistule donnant par intermittence.

Au début de mars la quantité de pus ayant augmenté, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A l'inspection on trouve à la pointe de la fesse une fistule en cul de poule par où la pression fait sourdre du pus.

La palpation de la région sacro-iliaque révèle un empâtement profond.

La radiographie montre des lésions très nettes de l'articulation sacro-iliaque mais paraissant anciennes. Le diagnostic posé est celui de sacro-coxalgie. On relève dans l'histoire de la malade des antécédents de sciatique en rapport très probable avec l'évolution de la lésion qui semble éteinte maintenant. Du reste il n'existe actuellement aucun trouble fonctionnel, la malade se tient debout, marche, vaque à toutes ses occupations sans gêne ou douleur.

L'état général est excellent.

L'intervention décidée et pratiquée le 3 avril par M. Lenormant. Elle s'adressera à la sacro-coxalgie que l'on croit être l'origine de la suppuration.

Une grande incision découvre toute la partie postérieure de la crête iliaque et l'articulation sacro-iliaque.

L'os est dénudé sans que l'on trouve de lésions nettes. En un point cependant l'os paraît suspect mais l'évidement à la pince gouge à ce niveau ne montre ni cavité ni séquestre.

On ferme alors l'incision par des sutures, profonde au catgut, superficielle à la soie en laissant passage à une mèche et à une pince laissée à demeure sur une branche de la fessière.

On se reporte alors au niveau de la fistule. On débride l'abcès qui est situé *dans l'épaisseur de la graisse sous-cutanée*. On l'excise complètement sans rencontrer de point osseux.

Suture sans drainage de cette nouvelle incision.

Les jours suivants les deux interventions évoluent de façon très différente. La première qui s'était attaquée à l'os sans ren-

contrer l'abcès fistulisé n'arrive pas à la cicatrisation complète, une fistule persiste un peu en dehors de l'articulation sacro-iliaque. Le stylet introduit dans le trajet conduit à une profondeur de 7 à 8 cm. non vers l'articulation mais vers la crête iliaque.

La seconde intervention qui a permis l'extirpation en bloc de la fistule existant à l'entrée et de l'abcès sous cutané s'est terminée par une réunion complète par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 19 mai. Toute la région de la fesse, siège des lésions à l'entrée à l'hôpital, est maintenant souple.

L'intérêt de cette observation réside dans l'existence de cet abcès complètement indépendant de la lésion osseuse primitive. En venait-il à son origine ? La chose est possible. On peut se demander si, en faisant porter l'intervention directement sur l'abcès observé, on n'aurait pas évité la fistulisation actuelle, très peu importante du reste, provoquée par la trépanation.

Obs. VI. (due à l'obligeance de M. Sorrel), (*abcès froid de la région scapulaire gauche*). — Mlle D... 17 ans. — Antécédents : à l'âge de 2 ans, diphtérie rougeole, coqueluche ; à l'âge de 6 ans, otorrhée ; à l'âge de 13 ans, rhumatisme articulaire pendant un mois.

Histoire de la maladie. — En mars 1918... petite grosseur de la région scapulaire gauche ponctionnée en avril, et recidivée.

En décembre 1918 extirpation de la poche faite à Tripoli, par le Dr Bessar.

Récidive en mai 1919.

Maladie actuelle (mars 1920). — I. — Abcès froid occupant la région scapulaire supérieure gauche. 2 poches communiquant largement l'une dans l'autre. La première, la plus ancienne en date, celle au niveau de laquelle l'intervention a déjà été faite et située en avant des plans du trapèze et de la partie postéro-externe de la région sus-claviculaire. Il reste à ce niveau une cicatrice très disgracieuse.

La deuxième est dans la fosse sus-épineuse. Tous les caractères d'un abcès froid typique.

II. — A la pointe du triangle de Scarpa gauche, petite masse mobile, très dure, indolore qui semble être une masse ganglionnaire. On ne trouve nulle part ailleurs d'autre adénopathie perceptible.

Rien aux poumons, ou au cœur.

Une ponction pratiquée à l'abcès scapulaire ramène 200 gr. environ d'un liquide jaune citron, très fluide ne ressemblant nullement au contenu ordinaire des abcès froids, aucun grumeau.

6 avril. — Une nouvelle ponction ramène 150 cc. d'un liquide sous pression et fortement hémorragique.

Radiographie négative.

21 mai. — Une ponction ramène un liquide présentant les mêmes caractères que le précédent.

18 et 20 juin. — Ponctions^s blanches.

16 juillet. — Poche plus tendue qui semble pouvoir être extirpée.

7 août (*Intervention*). — Ablation de la cicatrice sus-claviculaire. En passant entre les fibres postérieures du sterno-mastoïdien et les fibres antérieures du trapèze, on arrive sur une poche qui se trouve située exactement au-dessous du trapèze. On en poursuit la dissection très loin en arrière jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate et l'on peut extraire cette poche en sa totalité. A un seul moment de la dissection qui a été assez laborieuse la poche a été ouverte. Il semble s'agir d'une bursite de la bourse située entre le trapèze et le sous-scapulaire.

Quelques points au catgut rapprochent sterno. et trapèze. Fermeture par un surjet à la soie fine sur un tout petit drain.

L'examen de la poche montre qu'elle se compose d'une partie centrale avec deux prolongements supérieurs et deux inférieurs. Son intérieur est cloisonné. On a l'impression que toute la poche a été enlevée en un seul bloc.

9 août. — Ablation du drain. Pas de fièvre.

14 août. — Cicatrisation à peu près complète, sauf au point de drainage.

26 août. — Cicatrisation complète.

L'inoculation au cobaye du liquide retiré par ponction avait tuberculisé l'animal.

La malade revue en février 1921, restait en parfait état de guérison.

Obs. VII (M. Sorrel). — B... Lucien, 9 ans.

Entré le 9 août 1919 à l'hôpital maritime de Berck, présentant :

1° Une adénite cervicale bilatérale fistulisée;

2° Un abcès du dos au niveau des dixième et onzième côtes à gauche de la ligne médiane.

La colonne vertébrale semble mobile. Le 18 août, une ponction pratiquée à l'abcès du dos ramène 1 à 2 cc de pus grumeleux très épais. La coque de l'abcès paraît épaisse et dense.

Le 1^{er} septembre on fait une injection de 2 cc de thymol camphré.

Le 13 septembre, on pense à un mal de Pott mais avec de fortes réserves.

Le 16 février 1920, les ganglions du cou sont cicatrisés, l'abcès du cou persiste.

1^{er} mars 1920 : L'examen du rachis le révèle souple. Cette souplesse est parfaite le 20 mars et une bonne radio montre les vertèbres absolument normales.

Cuti-réaction + + + le 17 mars.

Intervention 4 mai 1920.

Incision de l'abcès au niveau du point où avaient été faites les ponctions. Ablation de tous les tissus avoisinants. On ne trouve pas de point osseux. Excision des tissus qui paraissent malades et fermeture sans drainage.

21 mai. — Cicatrisation complète. Exeat en juillet.

Obs. VIII. (M. Sorrel). — Sp... Georges, 4 ans et demi. Entré le 10 avril 1919 à l'hôpital maritime de Berck.

1° Gomme de l'extrémité inférieure cuisse gauche.

2° Ostéite du cubitus droit.

3° Abscessus sus olécranéen à gauche.

24 avril 1919. Ponction des abscessus retirant de chacun d'eux 2 à 3 cc. de pus.

7 juillet. La radio ne montre aucune lésion osseuse.

1^{er} septembre. Wassermann. — — —

27 février 1920. Avant-bras droit cicatrisé.

Avant-bras gauche : Gomme à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur.

Collection au niveau de la crête cubitale à deux travers du doigt au-dessous du sommet de l'olécrâne.

8 mars. Cuti reaction + + +.

4 mai 1920 *Intervention*. 1° Ablation de la gomme.

2° Ouverture du petit abscessus froid et ablation de ses parois. Il n'existe pas de point osseux comme on l'avait un instant supposé. Suture sans drainage.

Cicatrisation par première intention. Sorti le 9 août 1920 en parfait état.

CONCLUSIONS

1° La ponction des grands abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané, suivie d'une injection modificatrice, est une méthode de traitement longue et souvent infidèle. Elle ne met pas à l'abri de la fistulisation ;

2° L'incision pure et simple de ces abcès est justement condamnée comme aboutissant trop souvent à l'infection secondaire et parfois à la septicémie ;

3° Une méthode chirurgicale s'attaquant directement à la membrane tuberculeuse est le traitement de choix si elle peut éviter l'infection secondaire.

L'exérèse large de la totalité de la poche suivie d'une suture immédiate et complète remplit ces conditions ;

4° Cette méthode sanglante ne s'adresse qu'aux abcès froids du tissu cellulaire. On ne l'appliquera donc qu'après examen minutieux et répété du malade permettant d'éliminer les abcès d'origine osseuse ou articulaire. En particulier, la constatation d'un mal de Pott

ou d'une coxalgie d'où pourrait venir la suppuration constatée est une contre-indication absolument formelle;

5° Ces réserves faites, le traitement chirurgical des grands abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané donne des guérisons rapides, simples et durables.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu :
Le Président de thèse,
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Baumgartner.** — Art. Abscès froid, in *Pratique médico-chirurgicale*.
- Beck.** — Traitement conservateur des abcès froids (in *Revue de Chirurgie*, t. XLII, déc. 1910).
- Bœckel.** — 1^o De la guérison des abcès froids sans ouverture permanente (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1879).
— 2^o Congrès français de Chirurgie, 1885 (in *Revue de Chirurgie*, 1885).
- Bouilly.** — Congrès français de Chirurgie (in *Revue de Chirurgie*, 1885).
- Brissaud et Josias.** — Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse (in *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879).
- Broca (Aug.).** — Traitement des abcès froids ossifluents (in *Chirurgie infantile*, p. 373).
- Cazin (de Berck).** — Congrès français de Chirurgie (in *Revue de Chirurgie*, 1885).
- Coyon, Flesinger et Laurence.** — *Journal des Praticiens*, 1909, p. 628.
- Delbet et Chevassu.** — Art. Abscès froids (in *Le Dentu et Delbet* 1907, t. I, p. 425).
- Kirmisson.** — *Précis de chirurgie infantile*, 1911, p. 399.

Lannelongue. — 1^o Abscess froids ou abscess tuberculeux, 1881.

— 2^o *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1880, p. 140.

Lefèvre. — La lymphangite tuberculeuse (*Th. Paris*, 1888).

Merklen. — *In* Thèse Lefèvre, Paris, 1888 (Observ. IV).

Nicaise. — Les abscess froids du tissu cellulaire sous-cutané
(*Revue de Chirurgie*, 1885).

Ombredanne. — *Technique chirurgicale infantile*, 1912, p. 124.

Reclus. — 1^o Traitement des abscess froids (*Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1888).

— 2^o Art. abscess froid (*In Duplay et Reclus*, t. I).

Sédillot. — *Médecine opératoire*, 1870.

Socin (de Bale). — Congrès français de Chirurgie (*in Revue de Chirurgie*, 1885).

Verneuil. — Injection d'éther iodoformé dans les abscess froids
(*Revue de chirurgie*, 1885).
